

Nationellt kliniskt kunskapsstöd/NAG, Optimering av sköra äldre inför akut bukkirurgi laparotomi och laparaskopi

Jonas Leo

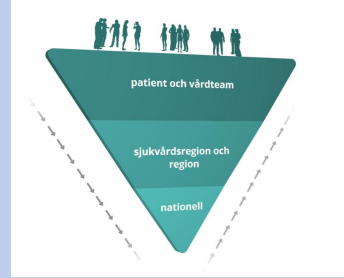
Ordförande NAG Akut laparotomi/laparoskopi på äldre och sköra

Flödesägare akuta laparotomiflödet, Kirurg & Onkologkliniken Capio S:t Görans Sjukhus

50%/50%/30%



NPO projekt/NAG



Nationellt kliniskt kunskapsstöd Optimering av sköra äldre inför akut bukkirurgi laparotomi och laparoskopi



”Vägen till professionalism”

Uppdragsbeskrivning för Nationell arbetsgrupp - Nationellt kliniskt kunskapsstöd

Optimering av sköra äldre inför akut bukkirurgi laparotomi och laparoskopi

Många äldre patienter med sjukdomar som kräver akut stor bukkirurgi är sköra och lider samtidigt av malignitet-, hjärt-, lung-, och njursjukdomar samt diabetes vilket behöver ett genomtänkt akut- och perioperativt omhändertagande inkluderat riskvärdering före ingrepp, enligt befintlig evidens.

Bakgrund

Hur det ligger till efter akut stor kirurgi vet vi idag ej i Sverige.

“The forgotten group” - 30-day mortality for emergency laparotomy of between 14 and 18.5% rising to over 25% in patients over 80 years of age.

Målet är ett förbättrat omhändertagande av patientgruppen sköra äldre vad gäller preoperativ bedömning, planering och förberedelser samt postoperativ vård i syfte att förbättra utfallet efter kirurgin.

Internationella data talar för att habituell skörhet påverkar både postoperativ mortalitet och morbiditet.

Det saknas idag nationella riktlinjer för perioperativ vård vid akut stor bukkirurgi för sköra äldre.





ORIGINAL SCIENTIFIC REPORT



SCIENTIFIC REVIEW



SCIENTIFIC REVIEW

Enhanced Recovery After Guidelines for Emergency Aspects and General Cons of the Emergency Laparotomy

Carol J. Peden^{1,2} · Geeta Aggarwal³
Angie Balfour⁷ · Nicolai Bang Foss⁸ · Z
W. Brenton French¹⁴ · Michael C. Grant
Joaquim M. Havens¹⁹ · Daniel N. Holena
Jeniffer S. Kim²³ · Nicholas P. Lees²⁴
Shahin Mohseni²⁸ · Carlos A. Ordoñez
Richard D. Urman³² · Elizabeth Wick³³
Michael J. Scott^{36,37}



Säker Bukkirurgi

Behandlingsrekommendationer för den sköra äldre patienten vid akut laparotomi

Uppdaterad: 2022-08-23

Uppdateras senast: 2024-10-10

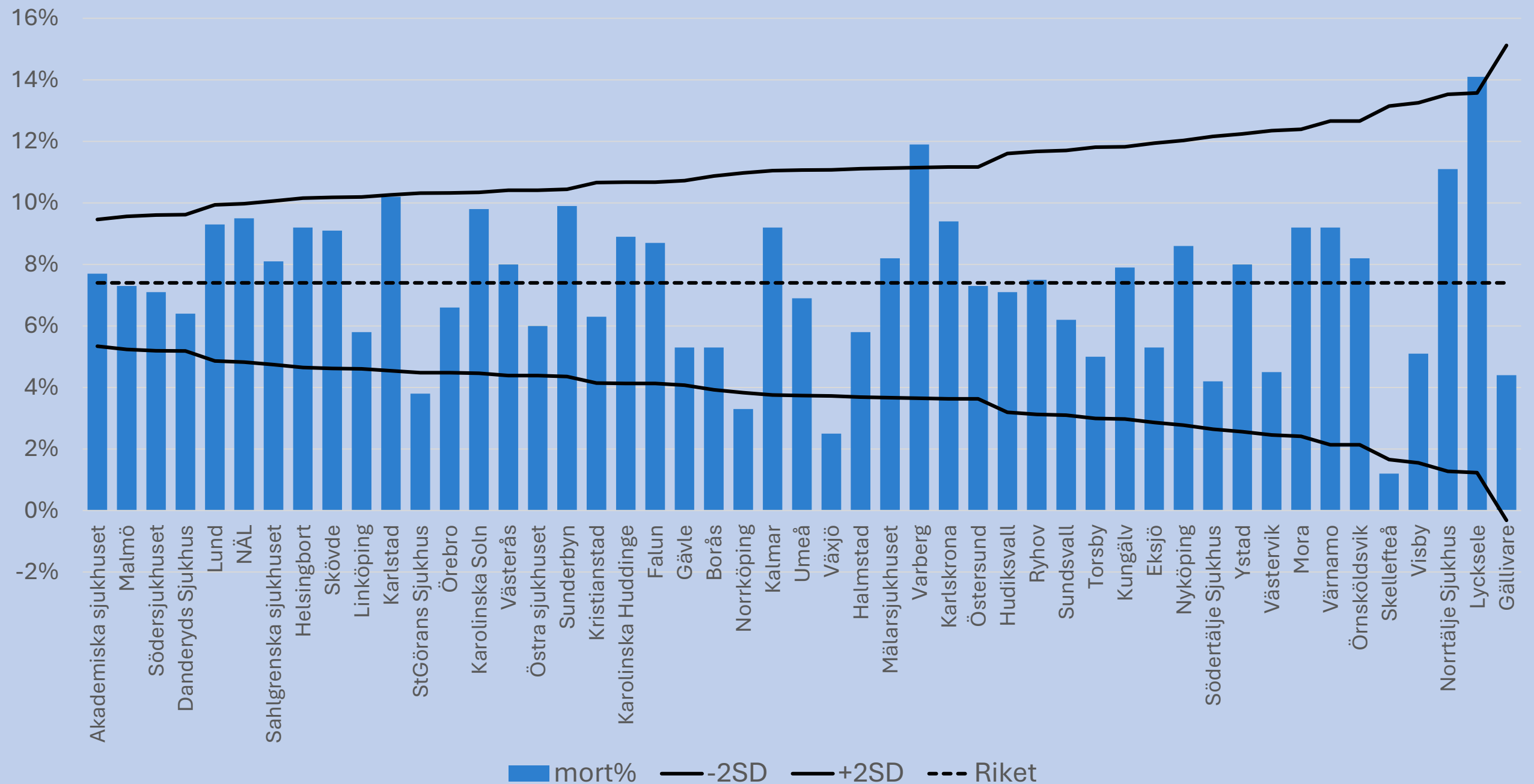
Behandlingsrekommendationer för den sköra äldre patienten vid akut laparotomi

Ett projekt på initiativ av Svensk Förening för Akutkirurgi och Traumatologi och LÖF (2019)



Variation i resultat – av oklara skäl

30d mortalitet efter akut bukkirurgi (SwELA ur SPOR) 2023



Slutenvård akut buk (kpp-registret 2022)

- 7 500 000 000 kronor årligen i Sverige
- 1/10 av alla slutenvårdskostnader
- 2* all slutenvård för cancerdiagnoser

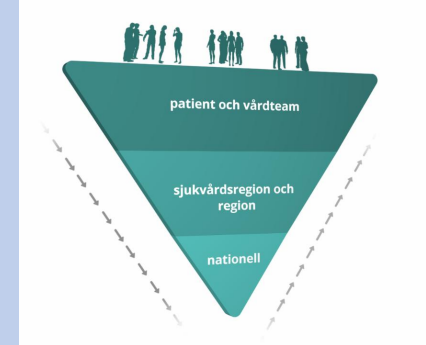
Ansvarsfördelning

NPO kirurgi och plastikkirurgi

är styrgrupp och tillsätter ledamöter i arbetsgrupp
ansvarar för att rutinen för att utse experter tillämpas
använder checklista och mall för nominering
utser ordförande för arbetsgruppen
leder och följer upp arbetet inkl godkänner kunskapsstöd
Fungerar som stöd till NAG

NAG

rapporterar arbetet direkt till NPO
arbetar med aktiviteter, dvs uppdraget och ansvarar för att arbetet följer processen för
Framtagande av nationella riktlinjer.



Samarbetsrum | 🔥

Sök

Välj samarbetsrum 🔽

🔔

 Jonas Leo 🔽

Innehåll

😊 Överblick

💬 Inlägg

✓ Uppgifter

📅 Kalender

📁 Filer

👥 Deltagare

📄 Sidor

 **NAG Sköra äldre akut bukkirurgi** 👁️

NAG Sköra äldre akut bukkirurgi

☆





10 deltagare

Deltagare

Deltagare

Det finns ytterligare 2 deltagare som inte visas med aktuellt filter

ALLA DELTAGARE

	Andrea Lundin Karolinska universitetssjukhuset · Extern Senaste besök: 2024-04-02	Deltagare	NKS
	Anna Ohlsson Perioperativ medicin och intensivvård · Extern Senaste besök: 2024-04-24	Deltagare	NKS
	Fredrik Jönsson Region Kalmar · Extern Senaste besök: 2024-04-30	Deltagare	Kalmar
	Hanna Björk NAG-sköra äldre akut bukkirurgi · Extern Senaste besök: 2024-04-25	Deltagare	KS Huddinge
	Jonas Leo Kirurgkliniken, Capio St Görans sjukhus · Extern Senaste besök: 2024-05-02	Deltagare	CStG 
	Martin Annetorp Karolinska Universitetssjukhuset · Extern Senaste besök: 2024-04-26	Deltagare	NKS
	Peter Pedersen Region Halland · Extern Senaste besök: 2024-05-01	Deltagare	Varberg
	Randolph Schnorbus AnOPIVA Östra, Sahlgrenska Universitetssjukhus, VGR · Extern Senaste besök: 2024-02-23	Deltagare	Sahlgrenska



Arbetsgrupper:

Samverkan med SKF/SFAT, SFAI, SGF, LÖF samt andra NPO/NAGar

HTA-gruppen (H):

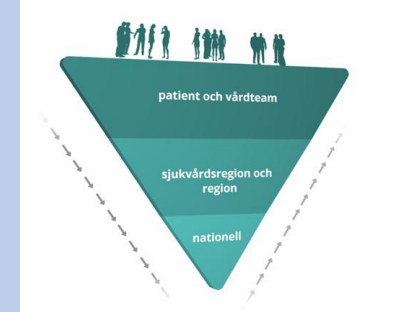
- HTA analys
- PICO/Agree

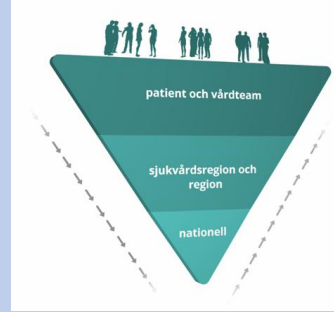
NoLap-gruppen (N):

- ETOS
- SFAI
- SGF
- NHS/UK Choosing Wisely, NHS/London professor Jugdeep Dhesi POPS/NHS/UK
- LiU PrioC professor Sandman och Hälsoekonomiska institutionen Jonathan Siverskog

Data-gruppen (D):

- Samarbete med SPOR/UCR-styrgruppen + dr Manne Holm – utveckling av SWELA rapport 2.0
- Riskverktyg (SORT/ACS/NSQIP etc) utvärderas tillsammans med SPOR/UCR/dr Holm
- Data uttag: SVAR, SIR och KPP



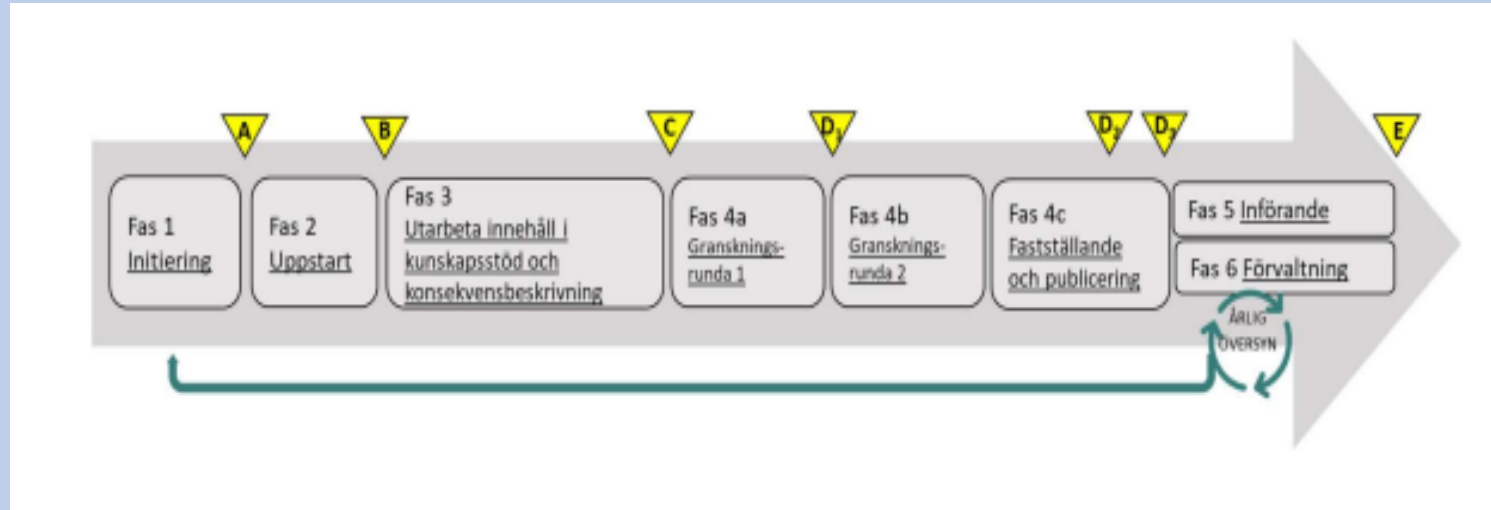
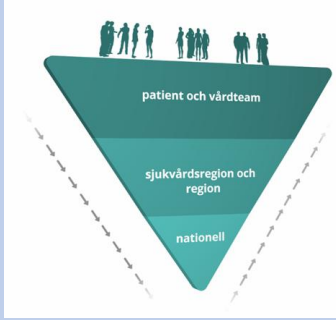


Identifiera och definiera typ av kliniskt kunskapsstöd, exempelvis:

k. att utifrån identifierade algoritmer som beslutsstöd vid akuta bukkirurgiska tillstånd ge rekommendationer **om när man bör avstå från kirurgi**

Tidsplan och leveranser

Arbetsprocessen följer den som är beskriven i Huvudprocess för utarbetande av digitala Nationella kliniska kunskapsstöd.



Enl uppdragsbeskrivning:

Start NAG Q1 2024

Första delrapport Q1-Q2 2025

Slutrapport Q4 2025

"The pathway to professionalism"

The patient pathway before, during, and after emergency bowel surgery



Vad vet vi idag?

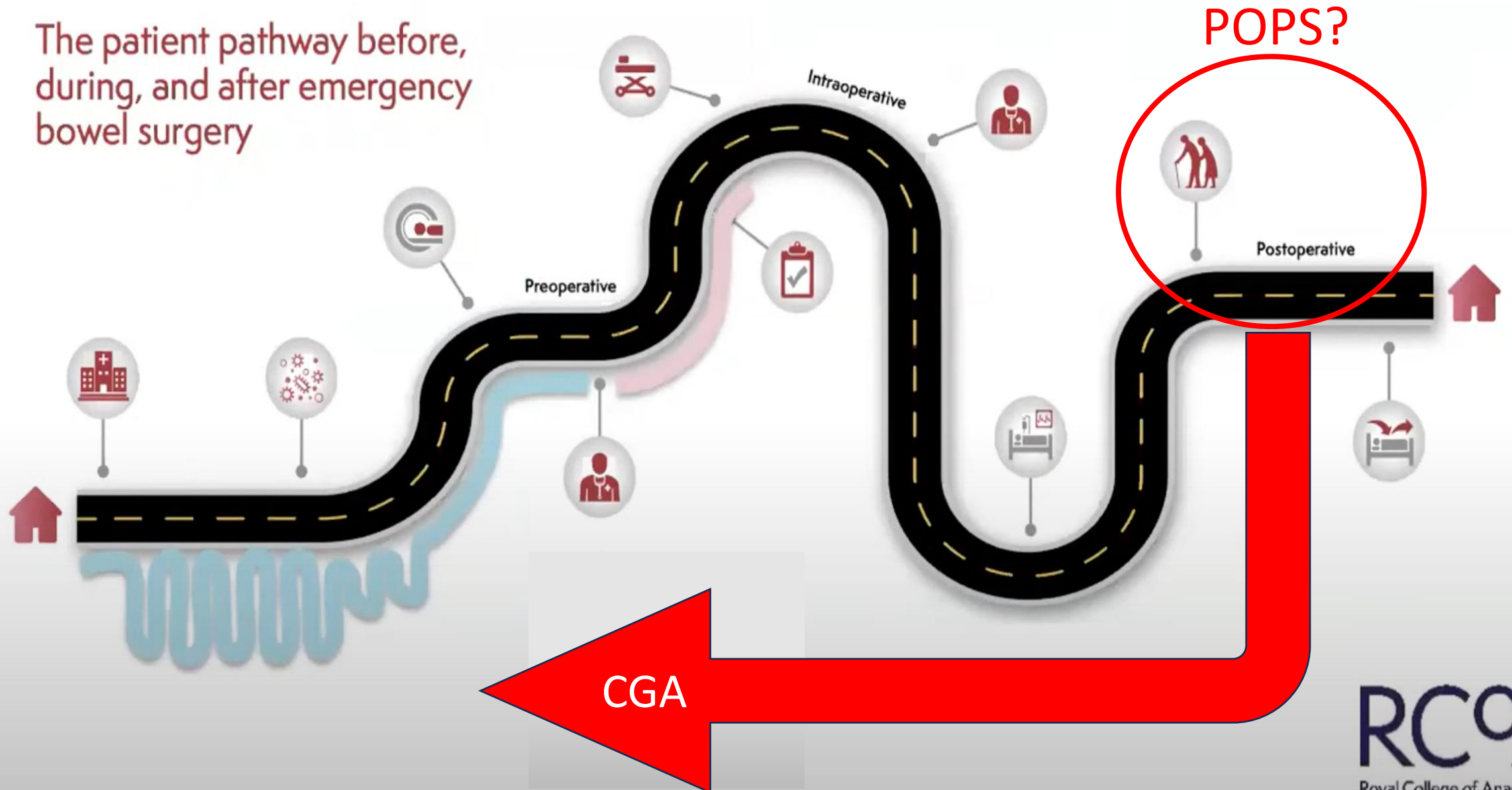


Sambedömning kirurg + anestesilog (+ASIH)

- * Patientinformation
- * Gemensam målbild och nästa steg
- * Viktigt även vid No-lap fall !

"The pathway to professionalism"

The patient pathway before, during, and after emergency bowel surgery



Implementation needs money; no golden goose but we can reallocate money...

Preoperative

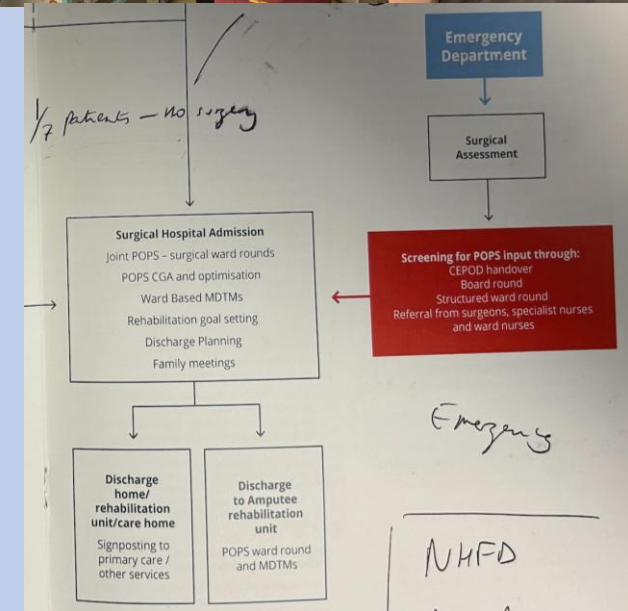
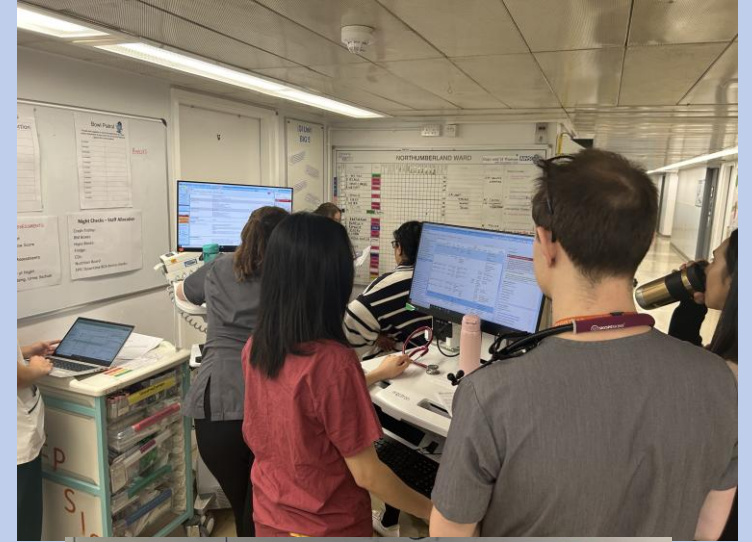
- Reduced out patient referrals
- Improved shared decision making (less surgery?)
- Better use of workforce – reduced need for parallel services
- Reduced late cancellations
- Increased appropriate day surgery

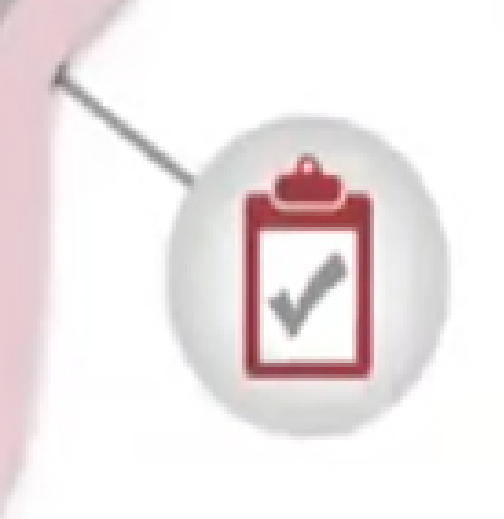
Inpatient

- Improved quality, reduced medical complications
- Reduced need for level 2/3
- Reduced need for on call review
- Reduced LOS
- Better use of community services

Post discharge

- Reduced readmissions across the hospital
- Reduced postoperative referrals to surgery and medicine
- Reduced long term complications
- Better recovery/rehabilitation





* Riskbedömning preoperativt med skörhetsbedömning enligt CFS/Rockwood samt ACS/NSQIP

% mortalitet

% allvarlig morbiditet

% POD risk

Svenska studier nödvändiga enligt Manne Holm

Surgical Risk Calculator

Home

About

FAQ

ACS Website

ACS NSQIP Website

Welcome to the ACS NSQIP Surgical Risk Calculator

Last parameter update: November 2021

With this tool you can enter preoperative information about your patient to provide estimates regarding your patient's risk of postoperative complications.

Effective November 11, 2021, the Risk Calculator is using updated parameters, derived from more current data, to improve already excellent accuracy. Differences in results between the prior and the updated Risk Calculator should be small. While the Risk Calculator has been tested extensively, we are interested in any user observations of unreasonable estimates. Please report these to: nsqip@acs.org

Disclaimer: The ACS NSQIP Surgical Risk Calculator is a risk calculator. It is not a substitute for clinical judgment. The estimates are patient may have.

Please note the risk percent is based on certain information into ac risk is low. This information potential outcomes. ACS estimates are provided for deciding on a treatment plan.

Risk Calculator Permits surgical risk calculator in an external platform, nor is its original, unaltered form.

© 2007 - 2021

CLINICAL FRAILTY SCALE SWEDISH

	1	MYCKET VITAL	Personer som är starka, aktiva, energiska och motiverade. De tränar regelbundet och hör till dem som är mest vitala för sin ålder.
	2	VITAL	Personer som inte har några sjukdomssymtom men som är mindre vitala än personer i kategori 1. De tränar ofta eller är emellanåt mycket aktiva, t.ex. beroende på årstid.
	3	KLARAR SIG BRA	Personer vars medicinska problem är väl kontrollerade, även om de emellanåt har symtom. De är sällan regelbundet aktiva utöver vanliga promenader.
	4	LEVER MED MYCKET LINDRIG SKÖRHEIT	Denna kategori markerar en tidig övergång från fullständigt oberoende. Är inte beroende av andras hjälp i vardagen, men har ofta symtom som begränsar deras aktiviteter. Ett vanligt klagomål är att de "saktar ned" och/eller är trötta under dagen.
	5	LEVER MED LINDRIG SKÖRHEIT	Dessa personer är ofta öppnbara långsammare och behöver hjälp med komplexa instrumentella aktiviteter i det dagliga livet (IADL) (ekonomi, resor, tungt hushållsarbete). Lindrig skörhet försämrar i allmänhet förmågan att handla och gå ut på egen hand, förbereda måltid, sköta medicinering och börjar begränsa lättare hushållsarbete.
	6	LEVER MED MÄTLIG SKÖRHEIT	Personer som behöver hjälp med alla utomhusaktiviteter och hushållsarbete. Inomhus har de ofta problem med trappor, behöver hjälp med att tvätta sig och kan behöva minimal hjälp (uppmärksamhet, stöd) med att klä på sig.
	7	LEVER MED ALLVARLIG SKÖRHEIT	Är helt beroende av andra för sin personliga vård oavsett orsak (fysisk eller kognitiv). Trots det framstår de som stabila och utan hög risk för att dö (inom ungefär 6 månader).
	8	LEVER MED MYCKET ALLVARLIG SKÖRHEIT	Är helt beroende av andra för sin personliga vård, och närmar sig livets slut. De kan i allmänhet inte tillfriskna ens från en lindrig sjukdom.
	9	TERMINALT SJUK	Närmar sig livets slut. I den här kategorin ingår personer med en förväntad återstående livslängd på mindre än 6 månader, men som inte i övrigt lever med allvarlig skörhet (Många terminalt sjuka kan fortfarande träna fram till mycket nära sin bortgång).

ATT SKATTA SKÖRHEIT HOS PERSONER MED DEMENS

Graden av skörhet motsvarar i allmänhet graden av demens. Vanliga symtom vid demens är att glömma bort detaljer om en nyligen inträffad händelse, men minnas gamla händelser, att upprepa samma fråga/berättelse och att dra sig ur sociala situationer.

Vid måttlig demens är närmast mycket försämrat, samtidigt som personen kan ha god förmåga att minnas tidigare händelser i livet. De kan utföra sin personliga vård på uppmaning.

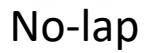
Vid svår demens kan de inte utföra sin personliga vård utan hjälp.

Vid mycket svår demens är de ofta sängliggande. Många är praktiskt taget stumma.

Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (SV). Alla rättigheter förbehållna. För tillstånd: www.geriatricmedicine.com/research

Translated with permission to Swedish by Niklas Ekstrand, Anne Marie Bostrom, Suzanne Gustaf and Kristina Ahlberg, Träffhatten Linköping-Stockholm, 2020.

Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.



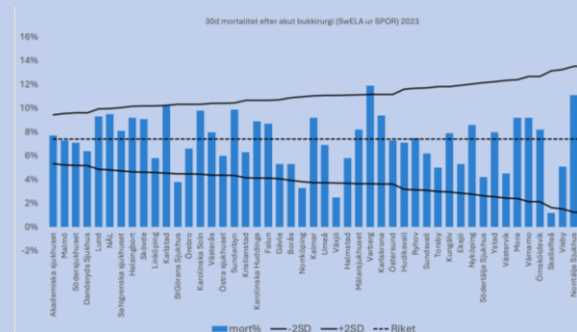
No-lap (palliativa fall)

* Prevalens i litteraturen: Hvidovre 8%; Glasgow 30%; CStG 7,5% (2023)

* "Best case-Worst case scenario"

* Hur ? (Heuristik = metod för att upptäcka eller bilda ny relevant kunskap samt läran om sådana metoder)

Uppföljning av resultat mha SPOR/SWELA 2.0



”T

Long term effects of the standardised Emergency Laparotomy (EL) midline closure Small Stich Small Bites (SSSB)-technique on acute dehiscence. Attention to detail emergency surgery saves morbidity and hence AVLOS.

Analiser ”

The patient pathway before emergency

Code High Risk Abdomen, a strong complement to ERAS EL Guidelines - CHRA: a novel pathway for the immediate imaging and management of Emergency Laparotomy or Laparoscopy

Jonas Leo 1, Karolina Helczynska-Hultman 1, Marcus Holmberg 1, Gustaf Wikander 2, Fausto Labruto 3

1. Surgery & Oncology, Capio S:t Görans hospital, Stockholm, Sweden.
2. Radiology, Capio S:t Görans hospital, Stockholm, Sweden.
3. TMC, Sydney, SA, Australia.

BACKGROUND	OBJECTIVES	METHODS	CONCLUSIONS
Patients with surgical acute abdomen often present with deranged physiology and require emergency laparotomy (EL). Recent studies show that late operation significantly increased risk for 30-day mortality* In accordance with the ERAS EL Guidelines** which put stress on the timing of CT imaging and inspired by Code Stroke, we created a dedicated pathway for the immediate imaging of high-risk surgical patients - Code High Risk Abdomen - CHRA.	The objective was to reduce the time from patient presentation in the emergency department (ED) to EL and thereby improve its outcomes.	From Q1 2021 to Q1 2024, adult patients presenting to our ED with peritonitis, sepsis of suspected abdominal origin or abdominal pain in the presence of frailty (CFS/Rockwood) were included in the CHRA pathway. The CHRA CT imaging, next patient in CT, was assessed immediately by in-house radiologists at daytime or remote teleradiologists out-of-hours. We have compared with Control (CT prio 2h) during the same timeperiod.	Our study shows that the CHRA pathway helped reduce time to EL. As time is of utmost importance in surgical emergencies requiring EL, shortened time to source definition and control may lead to significant impact on hard endpoints. Outsourcing CHRA CT reporting to a teleradiology provider (TMC) does not seem to impact the efficiency of this novel pathway.

RESULTS

CHRA patients n=209 (Control n=3586), the mean time from ED presentation to CT report was 58 min (1h 58 min).

The mean time from the decision to operate within 2 hours to EL was 1h 30 min (1h 30 min).

The outcomes, of our ERAS EL bundle compared to prior implementation, have all significantly improved.

All CT assessments outsourced to the teleradiology service (TMC) were reported within 1 hour. No discrepancy was detected between the primary radiology reports and the main perioperative surgical findings.

The decreased time for access following the CHRA standard compared to Control was 1h 40 min, p-value <0.001.

Classic CTA mean time 3h 28 min + x-factor

CHRA mean time 1h 48 min

ERAS GUIDELINES**

REFERENCE ARTICLE*



Leo J.¹, Söderbäck H.¹
¹Capio S:t Görans hospital, Surgery & Oncology, Stockholm, Sweden

Follow up study after implementation of the VERAS concept – a riskpatient-intervention for the Emergency Laparotomy pathway patients.

Ottosson F.¹, Leo J.², Block T.³, Kristiansson A.-L.¹

¹Capio S:t Görans hospital, Anesthesiology, Stockholm, Sweden

²Capio S:t Görans hospital, Surgery & Oncology, Stockholm, Sweden

³Cambio Healthcare Systems, Stockholm, Sweden

Vad

Pedatim® vid akut laparotomi/laparskopi förbättrar patientdelaktighet och kliniskt observerbara resultat (CROM)

Jonas Leo 1, Nina Söderlund 1, Karin Johansson 1, Inna Wernegren 2, Margareta Hallqvist 2, Anneli Norevik 2, Kristina Lockne 3

1 Dept Surgery & Oncology, 2 Dept Physiotherapy, 3 Dept of Medicine, Capio S:t Görans hospital, Stockholm, Sweden

BAKGRUND	MÅL	METOD	KONKLUSION
Patienter med akut buk har en störd fysiologi och kräver ofta akut laparotomi eller laparoskopi. Ett tvärprofessionellt perioperativt omhändertagande förbättrar CROM. Vetenskap visar att även patientdelaktighet är en viktig faktor för en lyckad perioperativ vård. Enligt Patientlagen 2014:821, ska patienten ges möjlighet att vara delaktig, något vården behöver förbättra. Syftet med pilotstudien var att undersöka om Pedatim® kan öka patient och personal delaktighet och motivation till ordinerade postoperativa aktiviteter** och förbättrat CROM.	Undersöka om Pedatim® postoperativt kan förbättra: - patientens delaktighet och motivation till ordinerade post operativa aktiviteter - tvärprofessionellt samarbete ft, dietist, usk, ssk, läk - CROM (antal komplikationer): failure to rescue (FTR), POD, fall, trycksår, mortalitet 30 dgr, allvarlig morbiditet enligt Modifierad Clavien-Dindo (CD) grad 3+4 samt punktprevalensmätning* av fall-respektive trycksårsdata.	Tvårprofessionellt projekt 24Q2-Q3 på kirurg-avdelning 39K. Inkluderade 24 st patienter som genomgått akuta laparotomi/flödet (EL ERAS**). Pedatim® skärm vid patientens säng med ordination av post-operativa aktiviteter. Frågeformulär med skala 1-10 till patient och personal. CROM jämfördes med 5-års retrospektiva Power BI kvalitets- och SPORISWELA 2.0 data samt punktprevalensmätning* av fall-respektive trycksårsdata.	Resultatet visar enligt patientenkät att Pedatim® med ordinerade aktiviteter synliga 24/7 för patienten (ex gång, andnings-träning, sitta upprikt, sticktråning, näringsdryck etc) ökar delaktighet och motivation att utföra och ta ansvar för ordinerade aktiviteter efter operation med laparotomi eller laparoskopisk metod vid akut buk, medel 8 (skala 1-10). Medelvärden (AVLOS) minskar från 9,8 till 7,8 dagar. Ingen allvarlig morbiditet, FTR, POD, fall eller trycksår uppstod med Pedatim®. Personalenkät kunde ej utvärderas pga för få svar.

ERAS GUIDELINES**

BESKRIVNING & RESULTAT

	Pedatim	Kontrollgrupp
Antal patienter, st	24	1414
K/M	10/14	792/622
Ålder, medel:	72	72
ASA, 3-4, %	67	57
Skörhet, CFS/Rockwood (5-9), %	25	20
Akut VERAS (riskpatient), %	40	40

Resultat

	Pedatim	Kontrollgrupp
AVLOS (dagar)	7,8	9,8
Allvarlig morbiditet modifierad CD gr 3+4, %	0	11,9
Mortalitet 30-dgr, %	0	4,9
Failure to rescue (FTR), %	0	-
Postop delirium (POD), %	0	-
Fall på avdelning, %	0	1,7 *
Trycksår, %	0	0,2 *

Patientdelaktighet enl enkät skala 1-10, medel 8

Personaldelaktighet enl enkät skala 1-10, medel -

AKUT ERAS STANDARD***

pedatim by physio

Capio S:t Görans Sjukhus



TELEMEDICINECLINIC™
Distributing Diagnostic Competence

10th World Congress of the
ERAS Society
September 18-20, 2024
Nass IP/Friess / Nagai, JP

RCA
Royal College of Anaesthetists

Emergency Laparotomy and No-lap
(EL-Nolap) for the old and frail, a 5-year report from an improvement project at
Capio S:t Görans Hospital (CStG)

Jonas Leo
Lead Emergency Laparotomy, Department of Surgery & Oncology, Capio S:t Görans sjukhus Stockholm
Chair National Working Group (NAG), Emergency laparotomy/laparoscopy and No-lap for the old and frail

The "forgotten group" ?

Introduction

Emergency laparotomy patients are often frail and suffer from high postoperative mortality and morbidity. In NHS/UK this has been addressed by the National Emergency Laparotomy Audit (NELA) which improves quality and safety. LÖF and the World ERAS Society has presented EL guidelines, which is consistent with the new CStG EL-Nolap standard.

Results

2019-2023 Operations n: 959

Mortality(30d) reduction: 50%

Morbidity(Modified CD 3+4) reduction: 50%

No-lap prevalence(2023): 7,5%

Discussion



can also improve
Clinician Reported Outcome
Measures (CROM) for EL-Nolap
patients with a cross-functional
improvement project.

Near future demographics will make
this kind of organizational learning
imperative for the old and frail EL-
patients.

At CStG the EL-pathway has been
subject to a continuous cross-
functional improvement project since
2018, 5 clinics involved (emergency,
radiology, anesthesiology, ASIH and
surgery):



Co-production

Big room meetings & Coaching



Retrospective study: "Outcomes for
patients with acute surgical abdominal
disease treated according to a
standardized, evidence-based protocol...
and characterization of the patients with
acute surgical abdominal disease who
have been deemed not to benefit from
emergency surgery".

SKR has set up a NAG (National Working
Group), EL-Nolap for the old and frail, with
the objective to present Swedish EL-Nolap
guidelines spring 2026



Akutsektionen
Kirurg & Onkologikliniken
Capio S:t Görans Sjukhus
Kirexp, plan 3
112 87 Stockholm

Jonas.Leo@capiostgoran



Discussion

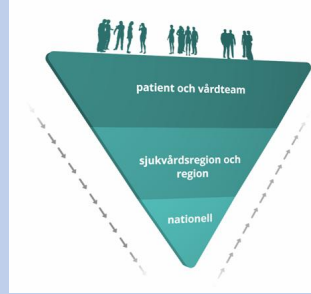


50%/50%/30%*

can also improve
Clinician Reported Outcome
Measures (CROM) for EL-Nolap
patients with a cross-functional
improvement project.

Near future demographics will make
this kind of organizational learning
imperative for the old and frail EL-
patients.

* Not published data



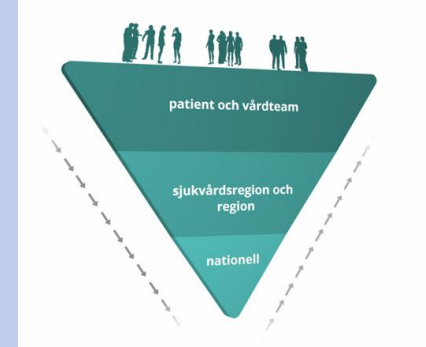
Samverkan och nya arbetssätt?



Svenska
Läkaresällskapet



”The pathway to professionalism”



Tack!

Frågor